Tweede Kamer der Staten-Generaal 2

Vergaderjaar 2014–2015

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 615 BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 juni 2015

In aanloop naar het AO Pakketbeheer van 18 juni aanstaande informeer ik u in deze brief over een aantal zaken, waaronder:
– de afronding van de Buitenhofoproep;
– de stand van zaken met betrekking tot Voorwaardelijke Toelating;
– de stand van zaken met betrekking tot de Regeerakkoordmaatregel Stringenter Pakketbeheer;
– de wijzigingen in het basispakket per 2016.

1. Afronding Buitenhofoproep

In februari 2013 heb ik in het tv-programma Buitenhof een oproep gedaan aan burgers en veldpartijen om mee te denken over de invulling van de pakketmaatregelen. Op deze oproep heb ik veel reacties gehad.[1] Daaropvolgend heb ik in december 2013 het Zorginstituut verzocht een advies uit te brengen op de onderwerpen «aanspraak op een second opinion» en «kraamzorg». Daarnaast heb ik het Zorginstituut verzocht aan aanbieders van alternatieve zorgvormen kenbaar te maken dat zij zich tot het Zorginstituut kunnen richten, wanneer zij van mening zijn dat hun type zorg voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.[2]

Het Zorginstituut heeft het rapport over de aanspraak op de second opinion op 6 januari 2015 gepubliceerd. Ik heb u het rapport, voorzien van mijn reactie, op 20 januari toegestuurd en heb u daarbij al laten weten dat ik het advies overneem.[3] Over de kraamzorg heeft het Zorginstituut haar rapport op 24 maart 2015 gepubliceerd. Op 6 mei jongstleden heb ik u het rapport en mijn reactie toegezonden. Ik heb aangegeven dat ik het advies van het Zorginstituut onderschrijf. Ten slotte merk ik op dat het Zorgin-

[1] Ik heb u hierover in september 2013 geïnformeerd (Kamerstuk 29 689, nr. 476).
[2] In de brief Wijzigingen Zvw-pakket per 2015 heb ik u hierover geïnformeerd (Kamerstuk 29 689, nr. 523).
[3] Kamerstuk 29 689, nr. 565

kst-29689-615
ISSN 0921 - 7371
’s-Gravenhage 2015

stituut geen verzoeken voor onderzoek heeft ontvangen naar aanleiding van het kenbaar maken aan aanbieders van alternatieve zorg dat zij zich tot het Zorginstituut kunnen wenden.
Hiermee is de afhandeling van de Buitenhofoproep afgerond. Uiteraard blijf ik ook in de toekomst open staan voor nieuwe suggesties van burgers en veldpartijen over mogelijke pakketmaatregelen.

2. Voorwaardelijke Toelating

2.1 Advies «Voorwaardelijke Toelating tot het basispakket 2016»

In 2012 heb ik het instrument Voorwaardelijke Toelating geïntroduceerd. Op basis van de ervaringen van de eerste jaren is in 2014 een pilot gestart met een verbeterde procedure voor Voorwaardelijke Toelating (Kamerbrief van 10 juni 2014)[4]. In zijn advies «Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016», dat het Zorginstituut op 13 april 2015 heeft uitgebracht en dat ik u op 6 mei 2015 heb toegestuurd, geeft het Zorginstituut zijn oordeel over de wijzigingen die in 2014 zijn doorgevoerd in de procedure.

Het Zorginstituut is er een voorstander van om Voorwaardelijke Toelating buiten het basispakket om te regelen en de zorg alleen te laten verlenen door de centra die het (hoofd)onderzoek uitvoeren. Ik heb er bij de introductie van dit instrument echter bewust voor gekozen om Voorwaardelijke Toelating binnen het basispakket te regelen.[5] Ook ben ik, zoals ik in de Kamerbrief van 10 juni 2014 heb aangegeven, voornemens om in deze pilotfase enkele jaren ervaring op te doen met de gewijzigde procedure en uw Kamer in 2018 een evaluatie van de pilot toe te sturen.

Het Zorginstituut geeft verder aan dat de gewijzigde procedure een verbetering is. Het geeft aan dat de invoering van de zogenaamde «onderzoeksverplichting», waardoor voorwaardelijk toegelaten zorg alleen nog mag worden aangeboden (ten laste van de basisverzekering) aan verzekerden die deelnemen aan bepaald wetenschappelijk onderzoek, een positieve ontwikkeling is. Ook is het Zorginstituut positief over de nieuwe gefaseerde voorbereiding van een voorwaardelijk toelatingstraject en het extra beslismoment voor de Minister van VWS. Voor het moment waarop ik definitief beslis een interventie voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket, moeten alle betrokken partijen afspraken maken over het verloop van het traject van Voorwaardelijke Toelating. Het Zorginstituut geeft aan dat het met name relevant is dat de partijen in dat stadium overeenstemming moeten bereiken over de vraag bij welke uitkomst aan het einde van het voorwaardelijk toelatingstraject kan worden geconcludeerd dat de interventie «bewezen effectief» is. Dit leidt tot een grotere kans dat een voorwaardelijk toelatingstraject slaagt, en helpt discussies achteraf en onrust voorkomen. Ook is het Zorginstituut te spreken over het feit dat een interventie nu pas voorwaardelijk wordt toegelaten tot het pakket op het moment dat het onderzoek in de startblokken staat. Verder is het Zorginstituut positief over de mogelijkheid om ook extramurale geneesmiddelen en extramurale hulpmiddelen voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket, en over het feit dat ik een structureel budget beschikbaar heb gesteld voor Voorwaardelijke Toelating. Ook deze observaties van het Zorginstituut zal ik uiteraard betrekken bij de evaluatie van de pilotfase.

---

[4] Kamerstuk 32 620, nr. 122.

[5] Toelichting bij Artikel I, onderdeel A, en artikel II, van het Besluit van 30 september 2011, strekkende tot wijziging van het Besluit zorgverzekering, het Besluit zorgaanspraken AWBZ en het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, Staatsblad 2011 467 pagina 11.

Potentiële kandidaten voor Voorwaardelijke Toelating

In de zomer van 2014 is het Zorginstituut de eerste zogenaamde «bottom-up procedure» voor Voorwaardelijke Toelating gestart conform deze verbeterde procedure. In zijn advies «Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016» besteedt het Zorginstituut eveneens aandacht aan de uitkomsten van deze procedure. Het Zorginstituut adviseert om de volgende interventies aan te wijzen als «potentiële kandidaten» voor Voorwaardelijke Toelating:
– De behandeling van onbehandelbare chronische cluster hoofdpijn met een bepaalde vorm van zenuwstimulatie;
– De behandeling van patiënten met een bepaalde erfelijke vorm van borstkanker (BRCA1) met hoge doses chemotherapie en een bepaalde vorm van stamceltransplantatie; en
– De behandeling van patiënten met maagkanker en uitzaaiingen in het buikvlies en/of buikvocht met een combinatie van een bepaalde chirurgische ingreep en een bepaald type chemotherapie (HIPEC).

Ik heb besloten het advies van het Zorginstituut op te volgen en de drie genoemde interventies aan te wijzen als «potentiële kandidaten» voor Voorwaardelijke Toelating. De onderhavige interventies zijn «potentiële kandidaten» omdat ik pas definitief besluit tot het voorwaardelijk toelaten van een interventie tot het pakket na de verdere uitwerking van het onderzoek en de afspraken die veldpartijen vooraf maken en vast leggen in een convenant. Dit kan dus betekenen dat een of meer van deze kandidaten uiteindelijk afvallen en niet voorwaardelijk worden toegelaten.

Ik beslis alleen tot het daadwerkelijk voorwaardelijk toelaten van een interventie indien de onderzoeksopzet goed wordt bevonden voor het beantwoorden van de vragen omtrent de (kosten)effectiviteit. Wat dat betreft moet worden opgemerkt dat ZonMw verschillende kanttekeningen heeft geplaatst bij de huidige onderzoeksvoorstellen, in twee gevallen ook ten aanzien van de haalbaarheid van de betreffende onderzoeken. Daarnaast dienen alle relevante partijen (onder andere beroepsgroepen, patiëntenorganisaties en eventueel fabrikanten) achter de afspraken te staan en zal ik toetsen of ik de afspraken voldoende solide vind. In aanvulling hierop plaats ik bij mijn besluit om de betreffende interventies aan te wijzen als potentiële kandidaten voor Voorwaardelijke Toelating nog de volgende kanttekeningen.

Het Zorginstituut adviseert om twee van de interventies, die betrekking hebben op de behandeling van patiënten met BRCA1 en van patiënten met uitgezaaide maagkanker, voorwaardelijk tot het pakket toe te laten voor de duur van 5,5 respectievelijk 6 jaar. Sinds 1 januari 2015 is het mogelijk om interventies voorwaardelijk toe te laten voor een periode die langer duurt dan vier jaar (met een maximum van zeven jaar).[6] Ik heb daarbij echter aangegeven dat de periode van vier jaar het uitgangspunt blijft, omdat de periode van vier jaar is gekozen om een evenwicht te vinden tussen de verantwoordelijkheid van het veld om onderzoek te doen naar de (kosten)effectiviteit van de interventie enerzijds, en de mogelijkheid om het onderzoek een laatste zetje te geven via Voorwaarde-lijke

Toelating anderzijds. De maximumtermijn is slechts verruimd voor die interventies waarvoor vier jaar *per definitie* te weinig is, wegens de (kleine) omvang van de patiëntengroep, de snelheid waarmee de interventie zijn werk doet en/of de snelheid waarmee een ziekte zich

[6] Nota van toelichting bij de Wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2015, Staatsblad 2014 nr. 417.

ontwikkelt. In de onderhavige gevallen lijkt daar geen sprake van te zijn; daarom heeft de potentiële kandidatuur betrekking op maximale termijnen van vier jaar. Indien het Zorginstituut in zijn volgende advies over het al dan niet voorwaardelijk toelaten van de onderhavige interventies nader in gaat op de vraag of in de onderhavige gevallen sprake is van een uitzonderingssituatie die een langere termijn rechtvaardigt, zal ik te zijner tijd nogmaals overwegen of er voldoende redenen zijn voor een langere periode voor Voorwaardelijke Toelating dan vier jaar.

Tot slot maakt het Zorginstituut in zijn rapport een voorbehoud bij de kostenprognose van de voorwaardelijke toelating van de betreffende interventies. Op basis van deze kostenprognose reserveer ik een bedrag van maximaal € 7.383.000 voor de genoemde behandeling van clusterhoofdpijn, € 4.560.000 voor de genoemde behandeling van erfelijke borstkanker respectievelijk € 10.300.000 voor de genoemde behandeling van maagkanker, ten laste van het budget voor Voorwaardelijke Toelating van geneeskundige zorg. Indien de kostenramingen in de convenanten tussen de betrokken partijen hoger uitvallen dan de ramingen in het rapport van het Zorginstituut (waarbij ik ook rekening houd met de uiteindelijke duur van de verschillende trajecten) kan dit ertoe leiden dat ik uit kostenoverwegingen besluit de betreffende interventie(s) niet voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket.[7]

2.2 Voorwaardelijke Toelating van TIL en Benlysta

In mijn brief van 20 juni 2014 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal heb ik belimumab (Benlysta) en behandeling met tumor infiltrerende lymfocyten (TIL) als potentiële kandidaten voor een voorwaardelijk toelatingstraject aangewezen.[8]

Belimumab (Benlysta) is een geneesmiddel voor SLE, een ongeneeslijke auto-immuunziekte. Het is bedoeld voor patiënten met een hoge mate van ziekteactiviteit en een geschiedenis van behandelfalen op de standaardbehandeling. Behandeling met TIL is een nieuwe behandeling voor patiënten met een uitgezaaid melanoom. Op dit moment kunnen deze patiënten alleen met dure geneesmiddelen worden behandeld die niet voor alle patiënten effectief zijn en/of veel bijwerkingen met zich mee kunnen brengen.

Partijen zijn de afgelopen maanden aan de slag gegaan met de verdere uitwerking van de onderzoeksvoorstellen en het opstellen van convenanten. Het Zorginstituut heeft mij voor beide potentiële kandidaten geadviseerd dat deze uitwerking voldoet aan de voorwaarden zoals eerder geschetst in mijn kaderbrief voorwaardelijke toelating van 19 september 2014 aan de Tweede Kamer.[9]

Ik heb op basis hiervan besloten belimumab en behandeling met TIL per 1 juli 2015 voor een periode van 4 jaar voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket. Wat de behandeling met TIL betreft wijk ik daarbij af van het advies van het Zorginstituut om de behandeling voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket voor de duur van 4,5 jaar. De reden is dat in dit geval, evenals bij de genoemde potentiële kandidaten voor Voorwaardelijke Toelating, geen sprake is van een uitzonderingssituatie (zoals

[7] Overigens kan ik, indien de interventies voorwaardelijk worden toegelaten tot het basispakket en de ramingen uit de convenanten tijdens de duur van de Voorwaardelijke Toelating worden of dreigen te worden overschreden, ook op dat moment besluiten de Voorwaardelijke Toelating uit kostenoverwegingen voortijdig te beëindigen.

[8] Kamerstuk 32 620, nr. 122

[9] Kamerstuk 32 620, nr. 134

genoemd in de toelichting bij het Besluit zorgverzekering) die een langere termijn dan vier jaar rechtvaardigt.

Voor het voorwaardelijk toelaten van beide interventies zijn middelen gereserveerd, conform de ramingen die de betrokken partijen hebben opgenomen in de convenanten die zij met elkaar hebben gesloten (voor belimumab in totaal maximaal 2,3 mln euro, en voor de TIL-behandeling maximaal 6,2 mln euro). Mocht gedurende de voorwaardelijke toelatingsperiode blijken dat het gereserveerde budget wordt overschreden, omdat de werkelijke kosten hoger uitvallen dan de raming, dan kan ik alsnog besluiten de voorwaardelijke toelating voortijdig te beëindigen.

2.3 Voorwaardelijke Toelating van extramurale hulpmiddelen

Sinds 2015 is het mogelijk om ook extramurale hulpmiddelen voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet. Ik heb u vorig jaar laten weten dat een voorwaarde om in de loop van 2015 extramurale hulpmiddelen voorwaardelijk te kunnen toelaten was, dat er voldoende financiële ruimte beschikbaar zou zijn binnen het hulpmiddelenkader.[10] Ik heb besloten om voor de voorwaardelijke toelating van extramurale hulpmiddelen binnen het budgettair kader zorg (BKZ) middelen te reserveren, oplopend (afgerond) van € 1 miljoen in 2015 naar structureel € 5 miljoen vanaf 2019.

Dit budget komt bovenop de middelen die ik reeds heb gereserveerd voor de Voorwaardelijke Toelating van geneeskundige zorg (€ 12,5 miljoen in 2014 oplopend naar structureel € 75 miljoen vanaf 2017) en van extramurale geneesmiddelen (€ 3 miljoen in 2014 oplopend naar structureel € 24 miljoen vanaf 2019).

3. Pakketdoorlichting door het Zorginstituut vanuit het programma zinnige zorg

Zoals u weet is het Zorginstituut in de zomer van 2013 gestart met de systematische doorlichting van het pakket.[11] Op 1 juli 2014 heb ik u het eerste rapport over de knie- en heupprothesen bij artrose gezonden[12] en op 26 mei jongstleden heb ik u het rapport Systematische analyse nieuwvormingen toegestuurd.[13]

Op 17 april jl. heb ik uw Kamer geïnformeerd over mijn aanpak bij stringent pakketbeheer.[14] Daarin heb ik onder meer aangegeven dat de medewerking van de betrokken beroepsgroepen essentieel is bij pakketbeheer, bijvoorbeeld ten aanzien van het ontwikkelen of actualiseren van richtlijnen en de toepassing daarvan. Zoals ik daarbij heb aangegeven, vind ik het van belang dat het Zorginstituut en de verschillende veldpartijen bij hun werkzaamheden oog hebben voor de samenhang van de doorlichting van het pakket met de acties die voortkomen uit de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda, opdat deze elkaar kunnen versterken.

[10] Kamerstuk 36 620, nr. 122
[11] Ik heb uw Kamer hierover geïnformeerd met mijn brief van 30 september 2013 (Kamerstuk 29 689, nr. 476).
[12] Kamerstuk 29 089, nr. 532
[13] Kamerbrief «Rapport Zinnige Zorg Systematische Analyse Nieuwvormingen», kenmerk 763342–136267-Z
[14] Kamerstuk 29 689, nr. 606

Zowel het Zorginstituut, als de Federatie van Medisch Specialisten (de Federatie) hebben mij erop gewezen dat er een sterke overlap is tussen de activiteiten onder de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch specialistische zorg en de systematische doorlichting van het pakket. In beide gevallen worden op basis van een doorlichting van de zorg voorstellen gedaan voor meer gepast gebruik. Om te voorkomen dat de activiteiten elkaar in de weg zitten en de totale opbrengst onverhoopt minder groot is dan mogelijk, zal ik in overleg treden met de Federatie en het Zorginstituut om de agendasetting en de uitwerking van beide programma's beter op elkaar te laten aansluiten. Ik zal daarbij ook de besparingsopgave van beide trajecten aan de orde stellen, om met partijen te bespreken of deze meer met elkaar in overeenstemming kunnen worden bezien, zodat zij elkaar kunnen versterken in plaats van beconcurreren.

4. Wijzigingen in het basispakket per 2016

Recent heb ik bij beide Kamers der Staten-Generaal voorgehangen het concept van de algemene maatregel van bestuur met de wijzigingen in het Besluit zorgverzekering in verband met het basispakket voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2016. De wijzigingen die met ingang van 1 januari 2016 worden aangebracht in het basispakket betreffen met name verduidelijkingen van enkele prestaties of herstel van verschillen tussen de uitvoeringspraktijk en de juridische vormgeving. Er vindt een terminologische wijziging plaats van dieetadvisering naar diëtetiek, het zittend ziekenvervoer bij kinderen met intensieve verpleging en verzorging (intensieve kindzorg) wordt nadrukkelijker geregeld en er vindt een reparatie plaats met betrekking tot ambulancevervoer bij jeugd-ggz. Daarnaast vindt een aanpassing plaats in de vergoeding van de invasieve diagnostiek na prenatale screening. Het huidige Besluit zorgverzekering vereist voor de vergoeding van invasieve diagnostiek dat een zwangere vrouw eerst de combinatietest heeft laten verrichten met een «positieve» uitslag, omdat in Nederland de combinatietest als eerste test is vereist. Voor vrouwen die in het buitenland op eigen kosten de Niet-Invasieve Prenatale Test (NIPT) hebben ondergaan, betekent dit dat de invasieve diagnostiek niet mag worden vergoed. Het is echter onwenselijk als zwangere vrouwen na een «positieve» uitslag van de NIPT afzien van invasieve diagnostiek (vlokkentest of vruchtwaterpunctie), omdat er bij de NIPT kans bestaat op foutpositieve uitslagen. Met de onderhavige wijziging van het Besluit zorgverzekering wordt dit knelpunt voor deze vrouwen opgelost.

5. Plastische chirurgie

De vraag welke plastisch-chirurgische behandelingen wel en welke niet uit het basispakket (moeten) worden vergoed, speelt al geruime tijd. Per 2005 – nog in de ziekenfondsverzekering – is de aanspraak op plastische chirurgie fors aangescherpt. Dit is in 2006 in het basispakket van de Zvw volledig overgenomen. Reden voor deze aanscherping van de plastische chirurgie was dat artsen in veel gevallen geen onderscheid maakten tussen ingrepen die wel en ingrepen die niet medisch noodzakelijk waren. Daardoor werden veel ingrepen die niet medisch noodzakelijk waren maar cosmetisch, toch als medisch noodzakelijk gedeclareerd. Daarom is de vergoeding van plastische chirurgie zoveel mogelijk beperkt tot ingrepen die medisch noodzakelijk zijn. Ingrepen die soms medisch noodzakelijk zijn maar vaak niet, zijn uit het verzekerde pakket verwijderd om te voorkomen dat ze toch als medisch noodzakelijk gedeclareerd zouden worden. Ik ben me ervan bewust dat dit in gevallen, waarin er een medische noodzaak is voor een plastisch-chirurgische behandeling, tot schrijnende situaties kan leiden.

In 2013 heb ik in het hoofdlijnenakkoord met de medisch specialisten afgesproken dat zij veel beter gaan letten op wat wel en wat niet medisch noodzakelijk is. Kernpunt van die afspraken is dat medisch specialisten veel meer aandacht zullen gaan geven aan de invulling van gepast gebruik van zorg, zodat de doelmatigheid van de zorg verbeterd wordt. Daarmee zou kunnen worden bereikt dat uitsluitend behandelingen die echt medisch noodzakelijk zijn ten laste van de basisverzekering worden gedeclareerd. Als blijkt dat medisch specialisten zich in de toekomst aan deze afspraken houden, hoeft niet meer besloten te worden tot dergelijke – tamelijk grove – beperkingen als de beperkingen bij plastische chirurgie die in 2005 zijn ingevoerd. Wellicht is het dan zelfs mogelijk de beperkingen op het terrein van de plastische chirurgie te versoepelen zodat in die gevallen waarin deze ingrepen medisch noodzakelijk zijn, deze toch uit de basisverzekering kunnen worden vergoed.

Ik heb daarom te kennen gegeven dat het expliciet aan de plastisch chirurgen is om invulling te geven aan de afspraken uit het hoofdlijnenakkoord en te laten zien hoe ze werk gaan maken van de concrete invulling van gepast gebruik.[15] De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) heeft mijn opdracht opgepakt en ik zie de voorstellen van de plastisch chirurgen voor in het verzekerde pakket op te nemen interventies met belangstelling tegemoet. Lopende dit traject heeft de NVPC u op 15 mei jl. een brief gestuurd met voorstellen voor 2016. Op het moment van versturen van deze brief moest hierover nog overleg plaatsvinden tussen de NVPC en Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut. Tijdens het AO Pakketmaatregelen van 18 juni zal ik hierop terugkomen.

Van belang is dat, ook in het licht van de afspraken in de hoofdlijnenakkoorden, gepast gebruik vooropstaat. Daarom is het essentieel dat de voorgestelde interventies en de daarvoor geldende indicaties goed afgebakend zijn. Goed overleg hierover met de patiëntenvereniging, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars is essentieel om tot een duurzaam af te bakenen, financieel houdbare en kwalitatief goede pakketuitbreiding te komen. Inmiddels heb ik een eerste aanzet van de NVPC ontvangen. Helaas is dit niet met andere relevante partijen besproken. Dit zal alsnog moeten gebeuren.

6. Foetale chirurgie bij spina bifida

Tijdens de behandeling van de begroting 2015 van het Ministerie van VWS heeft de heer Van der Staaij (SGP) vragen gesteld over de stand van zaken rond foetale chirurgie bij spina bifida (open ruggetje). Uit informatie die ik heb verkregen van professor Oepkes, hoogleraar foetale therapie en zijn vakgroep bij het LUMC, is mij gebleken dat foetale chirurgie zoals deze in Leuven wordt toegepast de komende jaren nog niet in Nederland beschikbaar zal komen. Het gaat om zodanig complexe en zeldzaam toegepaste ingrepen dat concentratie daarvan over de landsgrenzen heen noodzakelijk is.
Ook is mij duidelijk gemaakt dat het voor Nederland om zeer kleine aantallen vrouwen per jaar gaat, vermoedelijk 1 a 2 per jaar. De Nederlandse UMC's kunnen in voorkomende gevallen behulpzaam zijn bij de toegeleiding en triage van vrouwen naar België en de UMC's trekken daarin ook gezamenlijk op.

Op mijn verzoek heeft het Zorginstituut Nederland naar foetale chirurgie gekeken en komt, gelet op de zeer kleine aantallen vrouwen waar het om

[15] zie Aanhangsel Handelingen II 2014/15, nr. 1519

gaat, tot de conclusie dat het aan zorgverzekeraars is om in voorkomende gevallen over vergoeding te besluiten.
Zorgverzekeraars Nederland heeft op haar beurt aan het Zorginstituut Nederland en mij laten weten dat haar leden in voorkomende gevallen de behandeling in België zullen vergoeden, mits er sprake is van een zorgvuldige toegeleiding en triage vanuit een Nederlands UMC. Omdat de 8 spina bifida centra in Nederland zich verenigd hebben in het PROSPER consortium (PROspective SPina bifida Registry of outcome after intrauterine surgery) en een document met uniforme criteria voor counseling van ouders in UMC's hebben opgesteld, kan aan die voorwaarde worden voldaan.

Gelet hierop kom ik tot de slotsom dat deze zorgvorm in België op zorgvuldige wijze vanuit Nederland toegankelijk gemaakt is voor vrouwen voor wie dit een behandelalternatief kan zijn.
In dit verband verwijs ik naar mijn brief die ik op 7 mei 2015 over dit onderwerp aan uw Kamer heb gezonden.

7. Verslavingszorg en vergelijking DSM-5 en DSM-IV

Tijdens het AO Pakketmaatregelen van 2 juli 2014 heb ik u toegezegd een brief te sturen over de verslavingszorg en een vergelijking van DSM-5 en DSM-IV met betrekking tot de pakketgevolgen. Ik heb u op 24 maart jongstleden mijn reactie toegestuurd op de rapporten van het Zorginstituut over verslavingszorg en DSM-5.[16] Ik heb daarin aangegeven op basis van die twee adviezen voor 2016 geen wijzigen door te voeren in de verzekerde aanspraken voor geestelijke gezondheidszorg. Met verzending van die brief beschouw ik voornoemde toezegging als afgedaan.

8. Duidingen en pakketadviezen van het Zorginstituut

Naast verschillende rapporten heeft het Zorginstituut ook het afgelopen jaar weer verschillende «duidingen» en «pakketadviezen» uitgebracht. Duidingen zijn rapporten waarin het Zorginstituut aangeeft of bepaalde zorg voldoet aan het wettelijk criterium «stand van de wetenschap en praktijk» en dus onderdeel uitmaakt van het basispakket. Duidingen worden vaak uitgebracht op verzoek van een zorgaanbieder of zorgverzekeraar, wanneer er onduidelijkheid bestaat over de vraag of bepaalde zorg mag worden vergoed. Pakketadviezen zijn adviezen van het Zorginstituut om een bepaalde interventie in het pakket op te nemen of uit het pakket te halen.

Enkele voorbeelden van zorgvormen waarover het Zorginstituut positieve duidingen of pakketadviezen heeft uitgebracht, zijn:
- Left Ventricular Assist Device (LVAD) («kunsthart») als bestemmingstherapie bij hartfalen;
- Toepassing van de Dubbelblinde Placebogecontroleerde Voedselprovocatietest (DBPGVP) bij een vermoeden van koemelkallergie in de eerste lijn; en
- De vaste combinatie van umeclidinium met vilanterol (Anoro®) ter verlichting van symptomen bij volwassenen met COPD.

Daarnaast heeft het Zorginstituut ook verschillende negatieve duidingen of pakketadviezen uitgebracht over zorgvormen. Deze maken dus geen onderdeel uit van het basispakket. Voorbeelden hiervan zijn:
- Sacrale neurostimulatie (SNS) bij kinderen en volwassenen met therapieresistente functionele obstipatie;

[16] TK 2014–2015, 24 077, nr. 344

- Sativex (voor de verlichting van symptomen van patiënten met matige tot ernstige spasticiteit vanwege MS),
- Bronchitol (voor behandeling taaislijmziekte),
- Versatis (pleister voor symptomatische verlichting van neuropatische pijn); en
- Contralum Ultra (zonnebrandcreme).

9. Slot

Ik heb u in deze brief een overzicht gegeven van de verschillende wijzigingen in het Besluit zorgverzekering in verband met het basispakket voor de Zvw in 2016. Daarnaast heb ik u over enkele zaken geïnformeerd die hiermee samenhangen. Uiteraard is het basispakket daarnaast continu aan verandering onderhevig door nieuwe ontwikkelingen in de zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers